OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS

N° 104.

SUR LES

ABCÈS SYMPTOMATIQUES.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 10 AOUT 1835;

PAR

Adolphe Martin Du Burg,
De St-Julia (H^te-Garonne);

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

> Les auteurs ont trop laissé au hasard ou à des circonstances purement physiques le soin d'éclairer le rapport entre les vertèbres affectées, et la voie que le pus a dû suivre pour faire sa trouée au dehors.
>
> Bourjot Saint-Hilaire, *Mémoire sur les abcès symptomatiques*.

A MONTPELLIER,
Chez Mme Veuve RICARD, née GRAND, Imprimeur,
place d'Encivade, n° 3.

1835.



A

MONSIEUR **SERRE**,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Reconnaissance.

A. MARTIN DU BURQ.

AUX MANES D'UNE MÈRE CHÉRIE.

Douleur amère, regrets éternels

A MON PÈRE,

DOCTEUR EN MÉDECINE,

MON MEILLEUR AMI.

Amour filial.

A MA SŒUR.

Amitié fraternelle.

A MA GRAND'MÈRE,
MES ONCLES ET MES TANTES.

Respectueux attachement.

A. MARTIN DU BURQ.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS

SUR

LES ABCÈS SYMPTOMATIQUES.



DÉFINITION.

Le mot abcès (*abcessus*, s'éloigner, s'écarter) désigne une tumeur contre nature, renfermant une matière épanchée, résultat d'une sécrétion anormale détériorée, que la nature cherche à expulser, et qui est toujours le résultat d'une inflammation.

Les différentes sortes d'abcès ont été successivement classées d'une manière différente ; nous n'adoptons que leur division en abcès idiopathiques et abcès symptomatiques.

L'étendue de ce travail ne nous permet point de traiter de ces deux sortes d'abcès ; nous ne parlerons ici que des seconds.

Et d'abord définissons ce que nous entendons par *abcès symptomatiques.*

Un abcès symptomatique est, pour nous, toute collection purulente formée sur une partie quelconque du corps, et dont le foyer primitif existe toujours à une distance plus ou moins considérable de celui où l'abcès vient se manifester.

Cette définition nous semble devoir être préférée à celle d'*abcès par congestion*, que l'on trouve dans la plupart des auteurs. Elle s'applique, non-seulement aux abcès provenant de la maladie de la colonne vertébrale (appelés abcès par congestion), mais encore à ceux qui, provenant de la fonte d'une masse tuberculeuse, d'une pleurésie chronique, d'une caverne pulmonaire, d'un psoïtis, etc., etc., se manifestent sur une partie quelconque du corps.

Nous pensons donc que le mot restreint d'*abcès par congestion* doit être remplacé par l'expression plus vraie, plus générale, d'*abcès symptomatique.*

Aussi n'adopterons-nous que cette dernière dénomination dans le courant de ce travail.

FORMATION ET MARCHE.

Quelle que soit l'affection qui donne lieu à un abcès en général, celui-ci se développe toujours à la faveur d'un travail inflammatoire.

Comment se fait-il alors que les abcès ne sui-

vent pas tous la même marche, et qu'ils soient tantôt idiopathiques, tantôt symptomatiques ?

Les abcès idiopathiques résultent d'une inflammation vive ; la suppuration élaborée par les tissus irrités s'accumule dans l'endroit même où elle s'est formée, la densité des parties environnantes ne permettant pas au pus de fuser ; mais si l'inflammation est moins vive, si les organes affectés sont entourés d'un tissu cellulaire lâche, aréolaire, offrant des mailles larges et facilement perméables, le liquide étant surtout sécrété et versé en quantité presque insensible dans ce tissu, il ne l'irritera pas avec violence, pourra s'y frayer une route, gagner des parties plus déclives, s'infiltrer graduellement, cheminer au loin, et venir former ainsi, à des distances plus ou moins considérables, des tumeurs qui constituent précisément des abcès symptomatiques (1).

La cause qui rend ainsi les abcès idiopathiques ou symptomatiques étant déterminée, étudions la marche et le mode de développement de ces derniers seulement.

Nous pensons, avec Dupuytren, que, l'affection une fois déclarée, le pus séjourne pendant un temps illimité dans le point affecté, dans les parties qui l'environnent, et surtout dans le tissu cellulaire. Sa présence distend les parties, les durcit,

---

(1) Dupuytren, dict. de médecine et de chirurgie.

et y détermine la formation d'un kyste où la matière purulente se rassemble; à mesure que la quantité du pus devient considérable, le kyste prend une position déclive, il s'allonge en se dirigeant de l'un ou de l'autre côté ou des deux à la fois. Le pus, ainsi sollicité par sa propre pesanteur, par la pression alternative du diaphragme, et même par une action puissante qui fait que les corps étrangers sont toujours portés à l'extérieur, le pus, dis-je, chemine alors en poussant devant lui l'extrémité inférieure ou supérieure du kyste; s'il rencontre un obstacle, il se forme une dilatation; il se rétrécit, au contraire, lorsqu'il se trouve pressé entre les parties : il se dilate encore lorsque la région est libre, et parvient enfin sous la peau après un trajet plus ou moins long. Si ce mécanisme se répète plusieurs fois, l'on conçoit que le trajet offrira des flexuosités multipliées et difficiles à suivre avec un instrument explorateur : parvenu sous la peau, le pus s'y accumule, une tumeur d'abord peu considérable apparaît; aucun signe d'inflammation ne l'accompagne; molle, indolente, elle offre d'abord une fluctuation; son accroissement est lent; enfin, après un certain temps, elle acquiert un grand volume, soit par l'extension de la suppuration, soit par la sécrétion d'un nouveau liquide purulent à la surface interne de la membrane de l'abcès, soit par ces deux causes à la fois. Elle affecte une forme sphé-

rique, modifiée suivant la résistance qu'offrent les parties voisines par la dilatation qu'elles éprouvent. Cependant la présence du pus ainsi accumulé produit une sensation de gêne et de tiraillement, détermine l'inflammation de la peau, qui, ainsi distendue, s'amincit, s'ulcère, et laisse enfin couler le pus au dehors.

J'ai dit illimité, car cette époque d'apparition est variée; on en a vu se montrer dans l'espace de six semaines, d'autres au bout de six, huit, dix mois, et dans quelques cas au bout de deux ans.

CAUSES

Les abcès symptomatiques peuvent être le résultat de différentes maladies : examinons successivement quelles sont celles qui les occasionent le plus fréquemment.

Les abcès symptomatiques peuvent se développer :

1° A la suite du mal de Pott (1).

---

(1) Maladie qui serait beaucoup mieux désignée sous le nom d'affection tuberculeuse des vertèbres; car nous ne pensons point, avec M. Boyer, qu'elle provienne d'une carie profonde; et la distinction que fait cet auteur de carie superficielle et de carie profonde, est complètement démentie par l'expérience : en effet, comment concevoir qu'une carie profonde (mal de Pott) fût plus

2° Par la carie des vertèbres, cause qui donne plus fréquemment lieu à ces sortes d'abcès que la précédente.

3° La carie des grandes articulations, telles que la coxo-fémorale, etc., etc......

4° La carie du sternum, et le développement, dans sa propre substance, de tubercules scrophuleux.

5° La fonte des masses tuberculeuses développées dans le bas-ventre.

6° L'inflammation du tissu cellulaire dans lequel se trouve plongé le muscle psoas.

7° Les différentes maladies de la plèvre et du poumon, telles que la pleurésie, la phthisie, la pneumonie, etc., etc.

8° Enfin, toute phlegmasie avec suppuration, les abcès chauds, les abcès froids, lorsqu'ils sont situés dans un lieu favorable à leur déplacement, la suppuration des organes parenchymateux con-

---

facile à guérir qu'une carie superficielle ? C'est cependant là le résultat de l'observation clinique de chaque jour, puisque nous voyons l'affection scrophuleuse des vertèbres, bornée par nos moyens thérapeutiques, céder parfois à l'effort de la nature, sitôt que la suppuration a entraîné les tubercules existans; tandis que la carie des vertèbres, que cet auteur désigne du nom de carie superficielle, n'offre que des exemples très-rares d'une cure parfaite.

tenus dans les cavités splanchniques : celles des parties fibreuses entourant les articulations peuvent également donner lieu à des abcès symptomatiques.

TRAJETS QUE SUIT LE PUS, ET LIEUX DE DÉVELOPPEMENT DES ABCÈS.

La plupart des traités de chirurgie donnent seulement des idées générales, et n'indiquent que d'une manière vague le lieu où doit se développer l'abcès, suivant le siége de la maladie dont il est le symptôme : ils se contentent, pour la plupart, de désigner simplement, soit le membre, soit la région que l'abcès affecte, mais ne précisent jamais le point même où il doit se développer d'après l'affection qui le produit. Il en est pourtant quelques-uns qui donnent à cet égard des détails un peu plus précis, mais qui ne motivent nullement encore pourquoi, dans chaque maladie, l'abcès prend une position déterminée.

Voici comment s'exprime le professeur Boyer : « Toutes les caries de la colonne vertébrale ne sont pas accompagnées d'abcès par congestion : l'autopsie cadavérique m'a fourni l'occasion de reconnaître que la carie étant superficielle, elle est suivie d'abcès par congestion, et que la carie attaquant profondément le corps des vertèbres, et constituant alors le mal de Pott, ces abcès sont très-

rares. A mesure que le pus se forme, il se manifeste une douleur dans un endroit *quelconque* plus ou moins éloigné de la colonne vertébrale, par exemple, au dos, aux lombes, dans quelques points de la région abdominale, à la marge de l'anus, mais le plus souvent à l'aine. Le tissu cellulaire qui s'étend de cette région à la colonne vertébrale, lâche et abondant, n'oppose qu'une faible résistance au pus : celui-ci, poussé par l'action du diaphragme et des muscles abdominaux, fuse le long des psoas et des vaisseaux iliaques, et va se creuser un foyer à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, derrière l'aponévrose *fascia lata.* »

Nous avons déjà dit ce qu'on devait entendre par ces mots de carie superficielle et profonde ; nous avons signalé l'erreur de l'auteur à cet égard ; nous n'y reviendrons pas ici : nous nous contenterons seulement de faire observer combien sont vagues les données de cet auteur, relativement à la position des abcès, et combien il serait difficile, pour ne pas dire impossible, de pouvoir déterminer de prime-abord, par l'aspect seul de la position de la tumeur, où est le siége de la maladie qui la fournit. On conçoit cependant combien une pareille détermination serait utile, non-seulement pour le diagnostic de la maladie, mais encore pour son mode de traitement.

Mais voyons maintenant si les idées de quelques

autres auteurs peuvent jeter quelque lueur sur ce point si obscur de la science.

Delpech, peu satisfait des idées de Boyer sur la cause du mal de Pott, les réfuta et fit voir que, loin de dépendre d'une carie profonde des vertèbres, cette maladie tenait au développement des tubercules scrophuleux dans la propre substance de l'os. Il reconnut encore, par opposition aux idées de Boyer, que la fonte de ces tubercules pouvait *assez souvent* donner lieu à la formation d'un pus particulier qui venait constituer des tumeurs à des distances plus ou moins éloignées. Les endroits que cet auteur désigne comme pouvant être le siége de ces tumeurs sont : le creux de l'aisselle, le dos, les lombes, l'aine, etc.

Dans la carie proprement dite, d'après le même auteur, l'abcès affecte une position différente, suivant qu'elle est antérieure ou postérieure. Dans le premier cas, le pus fourni par la couche de l'*appareil ligamenteux antérieur*, vient former une collection plus ou moins considérable vers le thorax ou l'abdomen, et sur les côtés de la colonne vertébrale. Si la carie est postérieure, la matière purulente est située sous l'*appareil ligamenteux* isolé dans toute l'étendue de la maladie. Le liquide passe par les *trous conjugués* correspondans, se répand par là dans les intervalles intercostaux, dans l'épaisseur du muscle psoas, etc., etc., et, soit par son accumulation, soit par la distension

qu'il exerce, soit par les mouvemens de la respiration qui déplace les viscères abdominaux, il arrive que la tumeur acquiert un grand volume. Le pus peut alors remonter vers le thorax ou l'abdomen ; mais une action alternative et fréquente peut le repousser vers l'extérieur : il agit alors sur les parties les *moins résistantes*, et peut venir constituer des tumeurs sensibles sur l'un ou l'autre côté de la rangée des apophyses épineuses, vers la région de l'aisselle, dans l'épaisseur du bras, en suivant le trajet des vaisseaux axillaires, le long du muscle psoas, à la face interne de la cuisse, à l'anneau inguinal, à l'arcade crurale, la région de l'aine, à la face antérieure du sacrum, vers les échancrures ischiatiques, au périnée, au-dessous du muscle grand fessier, à la marge de l'anus, au scrotum chez l'homme, et aux grandes lèvres chez la femme (1).

Dupuytren ne dit rien de plus relativement au lieu où se développe l'abcès. Ajoutons seulement qu'il a été un des premiers à signaler, dans ses leçons orales de clinique, les abcès symptomatiques qui se développent du côté droit, à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, et qui sont le résultat de la présence d'un corps étranger dans l'intérieur du rectum, ou de son ulcération.

---

(1) Delpech, maladies réputées chirurgicales.

M. Larrey (tom. IV des campagnes, p. 369) n'en dit pas davantage sur la marche que doit suivre le pus ; il se contente de dire : « qu'il s'épanche dans les voies celluleuses, *vers les points les plus déclives, ou vers ceux où se trouve le moins de résistance.* » Au reste, ajoute-t-il, rien n'est plus bizarre que la marche de ces fusées purulentes.

M. le professeur Roux (dict. en 21 vol., art. *abcès*, tom. I) n'offre rien de plus satisfaisant à cet égard : le pus, dit-il, qui forme l'abcès par congestion, a une source éloignée dans une *partie quelconque*, et le plus ordinairement en conséquence de la carie d'un ou de plusieurs os : il se fraye une route ou *droite, ou tortueuse, au milieu du tissu cellulaire cédant à son propre poids.*

Que conclure de là ? que les auteurs ont laissé au hasard, ou à des circonstances purement physiques, le soin d'éclairer le rapport entre le point affecté et la voie que le pus a dû suivre pour faire sa trouée au dehors (1). Si quelques-uns ont donné de faibles éclaircissemens, ils ne procèdent jamais que par des *à peu près.* Il arrive, disent-ils, d'une partie *quelconque*, chose que personne ne met en doute. Le lieu est toujours déclive, ajoutent-ils encore. Et la déclivité est-elle donc devenue

---

(1) **Bourjot, revue médicale.**

une loi de l'organisme? L'expérience nous prouve le contraire et suffirait seule pour faire voir le vide de toutes ces théories.

Mais à qui aurons-nous donc recours pour nous donner des idées plus précises et plus certaines sur la route que doivent suivre nécessairement les fusées purulentes? Comment, connaissant le lieu de la maladie, pourrons-nous déterminer le point où doit se développer l'abcès? C'est à M. Bourjot-Saint-Hilaire que la science est redevable d'avoir rempli le vide qui existait à cet égard; aussi ne croyons-nous pas déplacé de donner ici une analyse d'un mémoire clinique inséré par cet auteur dans la *Revue médicale de* 1834.

M. Bourjot-Saint-Hilaire a trouvé dans les dispositions anatomiques le moyen de reconnaître la source d'un abcès situé à l'extérieur, dans tel ou tel point, et provenant de la destruction ou de la dénudation des vertèbres.

Le corps des vertèbres est revêtu en avant par un surtout ligamenteux assez large, et en arrière par une autre bandelette de la même nature, étranglée au niveau de la partie moyenne du corps; sur le sacrum, on observe les mêmes moyens d'union. Les trous de conjugaison ne présentent, sur leur contour, aucun prolongement fibreux de cette espèce; aussi est-ce la partie qui peut le moins s'opposer aux érosions du dedans au dehors.

Des vaisseaux artériels et veineux pénètrent en abondance le corps de la vertèbre et indiquent assez que l'inflammation doit y trouver des élémens puissans.

Les parties de la vertèbre où l'on remarque une plus grande quantité de tissu compacte, les apophyses épineuses, transverses, articulaires, les lames sont bien moins exposées aux destructions, probablement parce qu'il y a moins de vaisseaux, moins de vie.

C'est une maladie bien fréquente que celle qui consiste dans la désorganisation du corps des vertèbres, soit qu'elle dépende d'une cause externe telle que les coups, les chutes, etc., soit, ce qui a lieu bien plus souvent, qu'elle doive son existence à l'influence d'une cause interne, telle que le vice scrophuleux, le rachitisme, les diathèses rhumatismales ou goutteuses, etc.

Pour bien comprendre dans quel sens se portera le pus, il est indispensable de connaître la disposition anatomique des prolongemens de la moelle, de ses enveloppes et du périoste des vertèbres.

Le périoste du corps des vertèbres, après avoir recouvert ces os, arrive au trou de conjugaison où il se prolonge en dehors sous forme d'étui pour se porter plus loin, en accompagnant d'autres organes qu'il doit protéger; sa surface externe est unie par un tissu floconneux aux parties voisines,

l'interne est en rapport avec un autre étui qu'il renferme. Celui-ci est fourni par la dure-mère, qui, après avoir recouvert la moelle, se divise en autant de tuyaux membraneux que celle-ci a de divisions, tuyaux qui sortent par les trous de conjugaison en s'unissant, comme je l'ai dit, aux prolongemens périostotiques. C'est dans ce double canal fibreux qu'est reçu le tronc nerveux fourni par la moelle; il se porte en dehors ainsi protégé et va s'engager sous les *fascia* du revêtement intérieur qui se rencontrent partout sous les séreuses viscérales. Ainsi, dans la poitrine, il se place sous le *fascia thoracica*, dans l'abdomen sous les *fascia iliaca* et *pelvia*; au cou, on le voit arriver derrière le *fascia cervicalis*, après avoir passé entre les muscles scalènes; tandis qu'aux membres, il chemine d'abord entre les gaînes aponévrotiques propres aux muscles, et qu'ensuite il s'engage dans leur profondeur.

Si nous examinons à présent la disposition des gros vaisseaux, nous verrons que ce n'est point dans les gaînes aponévrotiques propres aux nerfs qu'ils s'engagent, mais qu'ils cheminent tout à côté d'eux en dehors de ces gaînes. Nous apercevrons que, tandis que l'artère tend à devenir de plus en plus superficielle, le nerf, au contraire, s'enfonce de plus en plus au milieu des muscles, sous les aponévroses profondes. La position et la distribution des artères et des nerfs sont donc dif-

férentes : les artères et les veines marchent dans les coulisses inter-musculaires ; les nerfs s'enfoncent dans l'épaisseur des muscles.

Si nous supposons maintenant qu'une vertèbre devienne un foyer de suppuration, il arrivera que le pus, écartant son enveloppe, s'engagera dans la gaîne nerveuse qu'elle fournit aux divisions de la moelle, et qu'elle ira au même point où le nerf se portera, se servant de lui comme d'un filet conducteur. Cette matière purulente, en suivant les divers trajets, parviendra à se faire jour au dehors en soulevant les aponévroses d'enveloppe du tronc ou des membres ; et si l'art ne vient pratiquer l'ouverture, la peau s'enflammera, et, devenant adhérente à la poche aponévrotique, il se fera une ouverture spontanée.

Cela posé, suivons maintenant les différentes régions de la colonne vertébrale, et déterminons la position des abcès relativement à la position de la cause.

1° Si les condyles de l'occipital et les premières vertèbres cervicales sont attaqués par la carie, le pus, pénétrant dans les gaînes celluleuses qui entourent les branches du plexus cervico-brachial, viendra d'abord se montrer à la région latérale du cou, puis derrière la clavicule, dans la région axillaire ou à la partie interne du bras.

2° Si la carie s'empare des vertèbres comprises entre l'avant-dernière cervicale et la dernière dor-

sale, la fusée purulente pourra se faire jour, non-seulement dans un des points de la région dorsale, mais même jusqu'à l'épine de l'os des îles.

3° Lorsque la phlegmasie vertébrale atteint la dernière vertèbre dorsale et les quatre premières lombaires, le pus filtrera le long du nerf crural et apparaîtra en haut ou en dehors de la cuisse, ou bien en dedans, sous les vaisseaux cruraux, en passant sous l'arcade crurale; on l'a vu quelquefois s'amasser en un foyer en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure lorsqu'il suivait les branches musculo-cutanées.

4° Lorsque la maladie réside à la dernière vertèbre lombaire, aux symphyses sacro-iliaques, au sacrum lui-même, le pus pourra accompagner le grand nerf sciatique, et venir se montrer à la partie postérieure et supérieure de la cuisse, ou bien, en parcourant la gaîne des vaisseaux sous-pubiens, gagner la partie supérieure et interne de la cuisse.

5° Si les deux dernières vertèbres du sacrum et les deux premières du coccyx sont dénudées et cariées, le tissu cellulaire qu'environne le rectum sera le siége de la collection purulente, et l'on verra des fistules se former au périnée, à la marge de l'anus ou au vagin chez la femme. Ici l'introduction d'un stylet dans ces ouvertures pourra éclairer le diagnostic.

6° Il peut arriver que deux régions lombaires et sacrées, par exemple, soient à la fois attaquées.

Les caractères de l'abcès pourraient ici se combiner, et l'on aura abcès iliaque et fessier communiquant ensemble, ce qu'indiquera la fluctuation d'un foyer à l'autre.

Tels sont les résultats auxquels est parvenu M. Bourjot-Saint-Hilaire, par une longue série d'autopsies cadavériques, qui lui ont aussi fourni le moyen d'établir, d'une manière moins probante à la vérité, que la même chose a lieu lorsque la carie affecte les os de la tête. Pourquoi ne serions-nous pas autorisé à penser que, dans tout abcès symptomatique, la marche du pus est déterminée par le trajet du nerf correspondant au siége de la maladie?

DIAGNOSTIC.

Les abcès symptomatiques ne sont pas aussi faciles à discerner qu'on le supposerait d'abord, surtout lorsque la collection purulente commence à s'établir et qu'elle est encore d'un volume peu considérable. Le praticien éclairera son diagnostic par plusieurs modes d'investigation; il ne s'attachera pas seulement à apprécier les caractères présens de la tumeur, mais encore il s'informera des circonstances qui ont accompagné sa formation, de l'époque de l'apparition des premiers symptômes, de la constitution de l'individu et de son tempérament. Il tiendra compte, non-seulement des diathèses scrophuleuse, lymphatique, etc., que

l'individu pourra offrir, mais encore de celles que ses parens avaient en partage. La connaissance des habitudes, des passions, de sa manière de vivre, pourront encore l'aider favorablement dans le diagnostic; et rarement, lorsqu'on aura mis en usage tous ces divers moyens pour arriver à la connaissance de la véritable nature de la maladie, aura-t-on à déplorer des méprises qui ont été non-seulement nuisibles, mais qui ont même compromis les jours du malade.

Relativement à ce que l'on peut observer par l'inspection de la tumeur, la fluctuation annoncera la présence d'une collection purulente. Si la tumeur s'efface sous une légère pression, ce qui indiquera que le liquide est refoulé dans quelque région profonde; que d'ailleurs elle ne soit point douloureuse, sans rougeur, en un mot manquant de tous les symptômes de l'inflammation, on pourra déjà se douter que l'affection n'est point locale, et que c'est à un abcès symptomatique que l'on a affaire. On se confirmera de plus en plus dans cette opinion en fesant attention au lieu qu'occupe la tumeur et examinant s'il est un de ceux qu'affecte ce genre d'abcès.

Mais les connaissances acquises jusque-là seraient encore peu certaines; le praticien s'éclairera par les antécédens, et, à cet égard, le temps que la tumeur aura mis à se former, la douleur, la gêne profonde, les sueurs nocturnes, la fièvre irrégu-

lière, et, en un mot, tous les symptômes d'une suppuration intérieure, pourront déjà le confirmer dans sa prévision; continuant la même marche, il pourra observer si à ces symptômes s'*ajoutent encore de la gêne dans la respiration, un son mat à la base de la poitrine, de l'embarras* (Dupuytren), *de la pesanteur, de l'élévation au ventre, ou de la pression sur le rectum, la vessie et les autres organes contenus dans le bassin*; souvent même, bien que nulle tuméfaction n'existe encore, l'ensemble de ces symptômes pourra lui faire présumer que le travail intérieur s'opère et qu'il ne tardera pas à se manifester au dehors.

Si ces symptômes sont réunis en tout ou en partie suffisante, l'homme de l'art pourra déjà prononcer qu'il s'agit d'un abcès symptomatique; mais son diagnostic n'est pas encore assez assuré pour reconnaître la nature de la maladie qui l'a produit. Et cependant on sent combien il est important, pour le mode de traitement, de connaître le genre d'affection dont l'abcès n'est que le symptôme.

Pour arriver à cette connaissance, il s'appuiera sur les antécédens, sur le tempérament de l'individu, sur le lieu où ont régné les douleurs, ou enfin sur le genre de difformité que l'individu peut présenter.

Ainsi, lorsque la colonne vertébrale offrira une difformité anguleuse, que d'ailleurs l'individu sera

scrophuleux, et que les douleurs qui auront précédé la maladie auront été sourdes, profondes et locales, on pourra, par l'ensemble de ces symptômes, reconnaître que le mal de Pott est la cause de l'abcès.

Mais, au contraire, si la douleur s'est fait ressentir dans une étendue plus considérable; si elle n'a pas été accompagnée de difformité; si, de plus, elle n'a pu être augmentée par la compression, et qu'elle ait disparu après un certain temps, on reconnaîtra qu'il s'agit d'une carie.

Enfin, si l'abcès ne s'est manifesté qu'à la suite d'une maladie inflammatoire, caractérisée d'ailleurs par des symptômes que nous nous dispenserons d'énumérer; si aucune douleur ni aucune difformité ne se sont manifestées à la colonne vertébrale, on pourra avancer que l'abcès est le résultat d'une maladie de poitrine, d'un psoïtis, etc., etc.; et la connaissance du lieu qui aura été le siége des différentes douleurs qui ont annoncé la maladie suffira seule pour faire reconnaître, ou du moins soupçonner l'organe affecté.

Ici surtout l'on reconnaîtra l'importance de la théorie de M. Bourjot-Saint-Hilaire, car la position de l'abcès pourra dissiper les doutes que l'on aurait pu avoir sur la connaissance de l'organe affecté.

On sent que tous les symptômes que nous venons d'énumérer pour servir au diagnostic sont loin d'exister dans tous les cas; et dès lors l'homme

de l'art pourra rester en suspens jusqu'au moment de l'ouverture de l'abcès : alors, certes, tous ses doutes seront complètement détruits. Et sans parler de la nature du pus, qui diffère selon le genre de la maladie qui l'a produit, et qui peut, à la rigueur, suffire pour le faire reconnaître, la quantité de la matière purulente épanchée, comparée à la capacité de la tumeur, fera bien voir qu'il s'agit d'un abcès symptomatique. On n'en doutera plus lorsque, tout le pus ayant été épanché, on en verra sortir par jets et par saccades, soit en fesant tousser le malade, soit en lui fesant faire de grandes inspirations ; car alors l'existence d'un trajet fistuleux en communication avec le foyer de l'abcès se manifestera, et le siége de la maladie sera rendu évident.

Il est arrivé plusieurs fois que quelques praticiens ont confondu ces sortes d'abcès avec une hernie, principalement avec la hernie crurale. La tumeur offre bien, dans ce cas, de la mollesse. Il y a également impulsion par la toux, ainsi qu'une sorte de réductibilité ; mais si une fois cette réduction opérée, on fait coucher le malade sur un plan horizontal en lui commandant un repos absolu, si c'est une hernie, on ne verra pas la tumeur reparaître ; tandis qu'au contraire, si c'est à un abcès que l'on a affaire, on la verra s'accroître peu à peu et reprendre sa forme et son volume primitif.

L'on a vu quelquefois des abcès froids être fluctuans dès le principe, et se développer de la même manière que les abcès dont nous nous occupons. Il suffira de se rappeler, comme je l'ai dit plus haut, afin de ne pas les confondre, que ces derniers sont toujours précédés de douleurs, tandis qu'elles sont nulles dans les abcès froids.

Enfin, il pourrait arriver qu'un abcès symptomatique fût traversé par une artère, et que, sentant des pulsations sous la pression des doigts, l'on crût à une tumeur anévrismale. Dans ce dernier cas, la tumeur offrira un mouvement de dilatation et d'expansion, tandis que, dans le premier, il y aura simple bouleversement. De plus, si l'on comprime l'artère entre le cœur et la tumeur, elle diminuera de volume, ce qui n'aurait pas lieu dans le cas où la tumeur serait formée par une collection purulente.

PRONOSTIC.

Les causes qui, comme nous l'avons vu, peuvent donner naissance à des abcès symptomatiques, étant le plus souvent des lésions organiques profondes, on sent combien le pronostic de ce genre d'affection doit être généralement funeste. Cependant des circonstances atténuantes peuvent quelquefois se présenter et laisser quelque lueur d'espérance au praticien pour les jours du ma-

lade. C'est surtout lorsqu'aucun abcès ne s'est manifesté au dehors, que la maladie commence à se déclarer et se présente avec les caractères d'une intensité limitée, que l'on peut en borner les progrès et en espérer par suite une guérison plus ou moins prompte. Mais lorsque les désordres sont arrivés à un très-haut degré d'intensité, que déjà la suppuration intérieure s'est établie, qu'elle a commencé à se tracer des trajets fistuleux, que même déjà des abcès se sont manifestés à l'extérieur et ont acquis un volume considérable; alors dis-je, l'on ne peut guère espérer d'arrêter les progrès du mal, et par conséquent d'obtenir un heureux résultat.

Si à tous ces symptômes alarmans se joint une fièvre adynamique, suite de l'abondante suppuration, le pus qui s'est fait naturellement jour au dehors devient de plus en plus fétide, la fièvre acquiert un nouveau degré d'intensité, le corps maigrit, les fonctions se dérangent, les excrétions deviennent fétides et colliquatives ; alors la mort est ordinairement la terminaison inévitable d'un dérangement si général et d'une affection si profonde, alors surtout qu'on a affaire à des individus d'une constitution faible et détériorée. Delpech prétend que la mort survient rapidement, précédée d'une véritable adynamie aiguë, ou lentement, à la suite de tous les degrés d'une consomption, lorsque l'ouverture extérieure est con-

sidérable et rapprochée du foyer intérieur. Au contraire, dit-il, on peut fonder quelque espérance si la carie des vertèbres est peu étendue, et si les abcès symptomatiques auxquels elle a donné lieu ont une ouverture très-petite, très-éloignée du foyer, et communiquant avec ce dernier par un sinus étroit et tortueux.

Le pronostic des abcès symptomatiques ne dépend pas autant de la collection purulente elle-même que de la nature et de la gravité de la maladie qui l'a occasionée ; et c'est précisément ce que l'on peut déterminer par la nature du liquide épanché.

1° Ainsi, lorsqu'il sera floconneux, offrant l'aspect du petit lait mal clarifié, du plâtre gâché, etc., il sera l'indice d'une fonte tuberculeuse.

2° S'il est homogène, crémeux, phlegmoneux, il indiquera non une affection du système osseux, mais bien une inflammation du tissu cellulaire, comme dans le psoïtis.

3° Enfin, s'il a les derniers caractères que nous venons d'indiquer, mais plus clair et exhalant une odeur *sui generis*, on pourra soupçonner qu'il s'agit d'une carie.

Néanmoins, qu'on ne considère point les caractères physiques qu'offre le pus comme pouvant dans tous les cas indiquer d'une manière certaine la nature de la maladie qui l'a produit. Il nous suffirait, pour le prouver, de rappeler les deux

faits cliniques qui se sont passés à l'Hôtel-Dieu St-Éloi de Montpellier, dont l'un, sous le service de Delpech, nous a été rapporté par M. le professeur Serre, dans ses cliniques, et l'autre, personnel à M. Lallemand, qu'il a inséré dans les Éphémérides de Montpellier.

Si le pus peut être résorbé, le pronostic sera favorable et l'on pourra se flatter d'obtenir un heureux succès ; car cet événement annoncera que la lésion qui fournissait la collection purulente a cessé de faire des progrès et tend même vers la guérison : mais ces cas ne sont malheureusement que trop rares. Ces sortes de collections résistent presque toujours à tous les moyens que notre art peut leur opposer, et entraînent inévitablement la mort du sujet.

TRAITEMENT.

Malgré que nous ne nous occupions ici que des abcès symptomatiques en eux-mêmes, nous ne croyons pas déplacé d'indiquer les modes thérapeutiques des maladies qui leur donnent lieu ; car comment s'opposer aux effets si l'on n'attaque la cause.

Le traitement des maladies de la colonne vertébrale, et en général de toutes celles qui peuvent donner lieu aux abcès qui font le sujet de ce travail, consiste dans des moyens externes et internes.

Lorsque, dans le début de la maladie, des douleurs assez vives et scintillantes se manifestent, on doit les combattre plus qu'on ne le fait ordinairement par les moyens antiphlogistiques, tels que les saignées locales ou générales, les ventouses, etc.; mais dès que les symptômes inflammatoires ont cessé, on doit abandonner ce mode de médication dont l'emploi continué serait plutôt funeste qu'utile Observons ici en passant que, dans la carie des vertèbres en particulier, l'inflammation est un symptôme purement consécutif; aussi doit-on la combattre, afin d'arrêter les progrès rapides que le mal ferait sous son influence.

Sitôt que l'inflammation est tombée, que la maladie est caractérisée, les cautères, les moxas, quelquefois même les sétons, doivent être employés, mais non indifféremment, selon que l'individu sera faible ou robuste, jeune ou adulte, nerveux ou lymphatique.

Si l'on a à traiter un individu jeune, faible ou nerveux, on préfèrera le cautère au moxa; car, dans ces cas, l'application de ce dernier sur des chairs molles peu développées ou d'une sensibilité exaltée, comme, par exemple, chez la femme, pourrait agir trop profondément et produire un effet opposé. Le moxa n'agit pas seulement localement, mais son action retentit encore sur toute l'économie, et détermine un état d'éréthisme qui pourrait ici devenir fâcheux.

Chez l'adulte, au contraire, dont les gouttières vertébrales sont remplies par des masses charnues considérables, on préfèrera l'emploi du moxa. Il en sera de même pour l'individu lymphatique, chez lequel la sensibilité est très-peu développée.

C'est peu que d'indiquer les moyens thérapeutiques convenables, il faut encore savoir quel est le lieu où l'on doit les appliquer. Les données fournies à cet égard par la plupart des auteurs sont excessivement vagues : ils se contentent de dire que c'est sur le lieu même de la difformité qu'on doit les appliquer; mais ils sont loin de motiver leur opinion. Dans ces derniers temps, M. Jadelot a fait voir l'insuffisance de semblables données, et il a démontré que, suivant que la maladie existait dans la région cervicale, dorsale ou lombaire, le lieu d'élection se trouvait plus ou moins éloigné de celui de la difformité.

Car, dit-il, les nerfs qui partent de la moelle épinière forment avec celle-ci des angles plus ou moins aigus, et qui vont en décroissant de la partie supérieure vers l'inférieure. A la région cervicale, cet angle est presque droit; aussi doit-on appliquer les cautères sur le lieu même de la difformité, le nerf partant de là. A la région dorsale et lombaire, on devra les appliquer un peu au-dessus, afin d'arriver à l'origine du nerf qui passe par l'endroit affecté. Il est peu de praticiens qui n'aient eu à observer la différence qu'il y a d'appliquer ces divers agens à tel ou tel endroit.

Outre les cautères et les moxas, etc., etc., on pourra retirer quelques bons effets des frictions faites sur les régions rénale, abdominale, sur les membres inférieurs, surtout à la partie interne des cuisses, avec des linimens ammoniacaux, la teinture de quinquina, le liniment de Rosen ou la teinture de cantharides. Il faut se méfier cependant de l'action que ce dernier médicament exerce sur les voies urinaires, surtout lorsqu'on l'applique sur de grandes surfaces. N'oublions pas d'ajouter l'importance du repos dans les affections de la colonne vertébrale ; et, à cet égard, nous avons lieu de nous étonner que la plupart des auteurs n'en aient fait nullement mention.

L'électricité a été encore mise en usage avec quelque succès dans de semblables affections ; mais il ne faut l'employer que lorsque les douleurs ont totalement disparu.

Parmi les moyens internes les plus efficaces, nous signalerons le quinquina, la gentiane, les préparations martiales, aurifères, et en général tous les toniques. On conçoit l'efficacité de pareils agens, puisque les maladies dont nous parlons se lient le plus souvent à une diathèse générale ; cependant on ne les emploiera qu'avec précaution. L'existence de la fièvre, une langue sèche, l'inflammation locale encore existante, seront tout autant de contre-indications formelles ; car, dans de pareilles circonstances, on verrait, sous l'in-

fluence des toniques, se développer des maladies internes dans les régions correspondant aux points affectés, telles que la phthisie, la pneumonie, l'hépatite, des gastrites, etc., etc.

Le grand talent du praticien consiste surtout à savoir marier convenablement les toniques et les antiphlogistiques suivant les indications. On a proposé dernièrement, dans ces sortes d'affections, l'emploi de la strychnine, de la noix vomique et de l'acide hydrocyanique; mais il n'est pas indifférent d'employer l'un ou l'autre de ces agens. Lorsque, par exemple, la sensibilité sera détruite, que l'impotence des membres inférieurs sera complète, on se servira avec plus d'avantages de la noix vomique et de la strychnine, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Mais ce médicament ayant un effet très-prononcé sur la moelle épinière, on sent le danger qu'il y aurait à l'employer alors que la sensibilité existerait encore. Dans cette circonstance, au contraire, l'acide prussique médicinal est plus approprié : il agit comme sédatif; on l'a même employé, pour le dire en passant, dans les maladies de la poitrine. Du reste, la violence de ces médicamens exige qu'ils soient maniés par une main prudente et éclairée.

Considérons la maladie arrivée à ce point où la collection purulente se manifeste en dehors en venant constituer une tumeur.

Le pronostic devient plus fâcheux et le traite-

ment se complique. Sans revenir sur ce que nous avons dit relativement au traitement, examinons seulement ici ce qui est relatif à l'abcès.

Les auteurs sont, en général, moins d'accord sur ce point que sur le précédent. Le professeur Boyer a professé et enseigné long-temps, avec la plupart des praticiens, que l'ouverture des abcès devait être différée autant que possible à cause de l'effet que le contact de l'air atmosphérique produit, soit que ce fluide agisse sur les parois du foyer et en modifie tellement l'action vitale qu'elle produise un pus de mauvaise nature, soit qu'il porte son action sur le pus lui-même après sa formation et en altère directement ses qualités.

Mais de nouvelles observations l'ont fait changer d'opinion et réformer sa pratique à cet égard. « Aujourd'hui, dit-il, je n'hésite pas à ouvrir les abcès par congestion dès qu'ils se montrent à l'extérieur et que la fluctuation y est sensible; car, dans ces sortes d'abcès, le danger venant de l'étendue de la carie et du foyer purulent, on sent qu'il doit augmenter à mesure qu'on en retarde l'ouverture. » Delpech veut qu'on ne laisse point à la nature le soin de vider de semblables tumeurs. « Il est, dit-il, utile de les ouvrir, de manière à éviter les circonstances défavorables qui pourraient en résulter, à cause de la grande ouverture qui se ferait en les abandonnant à la nature, et qui donnerait un libre accès à l'air. Si la tumeur est trop

rapprochée du foyer, il faut ouvrir avant que la peau soit privée de son tissu cellulaire immédiat. On reconnaît le phénomène lorsqu'elle devient rouge et violette, qu'on s'aperçoit de l'amincissement; c'est alors le moment qu'il faut choisir. »

Dupuytren s'exprime ainsi relativement à l'ouverture des abcès symptomatiques :

« Il est utile de les ouvrir lorsque le traitement, opposé aux maladies d'où ils tirent leur origine, n'apportera pas du retard à leur extension et qu'ils menacent de s'ulcérer spontanément. De nombreuses observations ont démontré que l'ouverture de ces abcès, pratiquée avant que le foyer eût acquis une trop grande étendue, n'est pas ordinairement suivie d'accidens graves. Si les sujets conservent de l'embonpoint, de la force et de l'appétit, l'ouverture de l'abcès présente moins de danger lorsqu'il n'a encore que peu de volume, qu'il n'en offrira à une époque où il aura pris une extension plus considérable et où les viscères seront peut-être le siége d'affections profondes. »

En nous résumant relativement à l'ouverture des abcès, nous pensons, avec les maîtres de la science, que l'abcès doit être incisé, et ce, dans les premiers temps de sa formation. Mais une autre difficulté se présente : de quelle manière doit-on les ouvrir ? Les opinions, à cet égard, ont varié avec chaque praticien.

Les uns ont préféré les caustiques à l'instrument

tranchant : nous donnerons la préférence à ce dernier, car il n'entraîne point une perte de substance et permet plus facilement la réunion.

M. Larrey préfère l'instrument tranchant, qu'il fait rougir au feu jusqu'au blanc pour exciter le boursouflement des parties et éviter l'entrée de l'air. Les autres chirurgiens emploient ou le bistouri à lame étroite ou l'aiguille à cataracte, sur les piqûres de laquelle on applique des ventouses, ou bien un simple trois-quarts.

Ce n'est pas tout que le choix dans les instrumens que l'on peut employer : la principale différence consiste dans l'étendue que l'on donne à l'ouverture. La plupart des praticiens, persuadés que les caractères de dégénérescence que prend le pus à la suite de l'ouverture tiennent à l'introduction de l'air, pratiquent des ouvertures très-étroites et font écouler le pus peu à peu.

Pour cela, après avoir tendu la peau dans un seul sens, et lorsque, par la ponction d'un bistouri à lame étroite, on a obtenu un jet de pus assez considérable, on abandonne la peau à elle-même pour détruire le parallélisme de l'ouverture, sur laquelle on place ensuite deux emplâtres de diachylon gommé de différente grandeur. On répète ainsi plusieurs ouvertures successives à mesure que la tumeur acquiert un nouveau volume. D'autres praticiens, et nous partageons leur opinion, ne considérant l'entrée de l'air que com-

me une des causes secondaires de l'altération du pus, et ne l'attribuant qu'à la réaction sympathique des parties environnantes, à la suite de l'incision pratiquent une large ouverture, et vident la collection purulente tout d'une fois ; et lorsque, à la suite de l'opération, l'altération du pus se manifeste, on la ramène à un état louable par l'application des antiphlogistiques.

C'est ce que prouve en partie le fait suivant, que nous avons recueilli à la clinique de M. le professeur Serre.

Malhé, âgé de 21 ans, tempérament sanguin, exerçant l'état de menuisier, entra à l'hôpital St-Éloi de Montpellier le 28 Août : il portait une tumeur très-fluctuante, occupant presque toute la partie externe de la cuisse gauche; il souffrait depuis deux ans de douleurs fortes au genou. Les renseignemens qui furent pris éclairèrent le diagnostic, et on ne douta point qu'il ne s'agît d'un abcès symptomatique.

Trois ponctions successives furent faites au tiers inférieur de la cuisse, les 30 Août, 4 et 9 Septembre : chaque ponction donna environ une pinte d'un liquide jaunâtre mêlé de flocons albumineux; le liquide qui s'échappa à la troisième ponction avait une odeur fétide; il y eut inflammation et douleur aiguë, qui cédèrent à l'application des sangsues. Le 11, le malade souffre moins : on pratique une large ouverture; on évacue le liquide,

qui était épais et fétide; on introduit la charpie dans la plaie; une seconde application de sangsues autour de la tumeur. Le pus devient de jour en jour plus louable et moins abondant. Le 29, le malade se lève et s'appuie sans douleur sur le membre affecté; il a même de l'appétit. Le mieux continue le jour suivant, et fait espérer sa guérison.

Mais, le 12 Septembre, des douleurs légères surviennent: le 13, elles augmentent; elles se font ressentir à l'ischion, à l'aine: fièvre, commencement d'insomnie, augmentation de pus. On emploie les antiphlogistiques. Le 14 et jours suivans, l'état devient de plus en plus fâcheux: le pus et la fièvre vont en augmentant, la diarrhée survient, l'insomnie est complète, la face décomposée, le membre œdémateux. Le 10 Octobre, mort.

L'autopsie présenta l'existence d'un foyer purulent à la partie supérieure de la cuisse, au dehors de la tubérosité sciatique, pénétrant dans la cavité cotyloïde, qui nous offrit une perforation d'un pouce de diamètre; nous trouvâmes des tubercules et de la matière provenant de leur fonte dans la fosse iliaque interne, au-dessous des muscles psoas et iliaque.

Que conclure de là? Que si le malade a succombé, ce n'a pas été à cause de la large ouverture pratiquée et à l'évacuation totale du pus, puisque, après cette opération, tous les symptômes graves ont cessé par l'application des anti-

phlogistiques, et que le malade, ayant de l'appétit et reprenant des forces, nous fesait espérer sa guérison; mais qu'il a succombé à la vaste désorganisation qui existait déjà, et qu'aucun traitement ne pouvait ramener à l'état normal.

Puisqu'il en est ainsi, n'avons-nous pas tout lieu de penser que, comme nous le disions déjà, l'action de l'air sur le pus est de peu d'importance; car cette action continue bien à s'exercer, et cependant les phénomènes qu'on lui attribue cèdent sous l'empire des antiphlogistiques. Cela seul ne prouve-t-il pas que l'altération du pus était due à une action inflammatoire provoquée par la réaction sympathique des parties voisines à la suite de l'ouverture de l'abcès? Le canal alimentaire, le système nerveux et le cœur participent à cette excitation; les mouvemens organiques sont troublés dans toute l'économie; le pus acquiert alors une fétidité repoussante, parce que les surfaces qui le sécrètent ont éprouvé un surcroît de stimulation.

FIN.



FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. Dubrueil, *Doyen. Sup.*
Broussonnet, *Examin.*
Lordat, *Examinateur.*
Delile, Président.
Lallemand.
Caizergues.
Duportal, *Examinat.*
Dugès.

MM. Delmas.
Golfin.
Ribes.
Rech.
Serre.
Bérard.
René.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Viguier.
Kuhnholtz.
Bertin.
Broussonnet.
Dupau.
Touchy, *Examinateur.*
Delmas.
Vailhé, *Suppléant.*
Fuster.

MM. Bourquenod, *Examin.*
Fages.
Batigne.
Pourché.
Bertrand.
Pouzin.
Saisset.
Estor.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.